

# Autorización de atención médica y consentimiento para el tratamiento

Nombre Legal del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(IMPRIMA)

Nombre Preferido \_\_\_\_\_ Padre/ Guardian Legal \_\_\_\_\_  
(IMPRIMA) (IMPRIMA)

**Por la presente autorizo a Grace Health a brindarme atención médica/dental razonable y adecuada, que puede incluir servicios de telemedicina, según los estándares actuales. Autorizo el pago directo de los beneficios del seguro a Grace Health y otras entidades que brindan servicios ordenados por Grace Health, entendiendo que soy responsable de cualquier saldo impago. Autorizo la divulgación de información médica a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes, a mi compañía de seguros para fines de facturación, a otros proveedores de atención médica para el tratamiento continuo, y otras entidades que brindan servicios ordenados por Grace Health, entendiendo que esto puede incluir registros de tratamiento por uso de sustancias; tratamiento de salud mental, incluidas notas de psicoterapia; o pruebas, atención, tratamiento o informes relacionados con la infección por VIH o enfermedades relacionadas.**

## Autorización para la divulgación de información médica:

Autorizo a Grace Health a divulgar información médica con la(s) siguiente(s) persona(s) según se indica a continuación:

- \_\_\_\_\_  Verbal  Escrita
- \_\_\_\_\_  Verbal  Escrita
- \_\_\_\_\_  Verbal  Escrita
- \_\_\_\_\_  Verbal  Escrita

No deseo agregar personas adicionales para la divulgación de mi información médica.

## Consentimiento para el tratamiento - Menor de edad o tutela legal:

**Los padres biológicos o tutores legales ya pueden buscar tratamiento para el paciente.**

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) (mayor(es) de 18 años) a que busque(n) atención médica para mi hijo o pupilo legal (indicado como paciente arriba) cuando yo no pueda hacerlo y entiendo que al permitirles que busquen atención para el paciente, esto incluye, pero no se limita a la obtención de recetas, consentimiento para vacunas, medicamentos y procedimientos, y que toda la información médica, verbal y escrita, puede ser revelada y discutida con ellos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No autorizo a ningún tutor o persona no legal a dar su consentimiento para el tratamiento médico del paciente mencionado.

**Entiendo que la información que se divulga puede incluir medicamentos, resultados de pruebas y plan de tratamiento, incluido el tratamiento de salud mental, uso de sustancias y pruebas o tratamiento para el VIH o el SIDA. Una vez que la información se divulga, no está protegida por las reglas federales de privacidad, por lo que existe la posibilidad de que la persona que recibe la información la vuelva a divulgar.**

\_\_\_\_\_  
Paciente/ Representante Legal  Padre  Guardian  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Fecha)